

Salvá Vidas

Guía de prevención de accidentes cotidianos

Con el respaldo de:
 **URGENCIAS**
435-1111



ASMA

Definiciones. Tratamiento. Consejos para las crisis

pág.

2

CUANDO FALTA EL AIRE

Aproximaciones y conceptos sobre esta enfermedad que aqueja a un alto porcentaje de la población.

pág.

4

PREGUNTAS IMPORTANTES

Preguntas y respuestas que ayudan a conocer más sobre el asma, su tratamiento y posterior control.

pág.

8

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LAS CRISIS

Recomendaciones para saber qué hacer en caso de una crisis de asma.

La Voz
DEL INTERIOR

INTRODUCCIÓN

CUANDO FALTA EL AIRE

El asma no es una enfermedad de reciente aparición o descripción nueva; pero su incidencia sigue aumentando en la actualidad, tanto es así que se ha convertido en el proceso crónico más frecuente en la infancia.



Desde la antigüedad, tanto el asma como la epilepsia han atraído gran atención por su forma dramática de presentación. En Grecia se utilizó por primera vez la palabra Asma (que deriva del verbo aazein) y que significa exhalar con la boca abierta o sea jadear, diferenciándola de disnea ("dys" difícil, "pnoea" respiración). Ambas sin embargo, en algún momento del episodio, son relatadas por los pacientes como "falta de aire".

El asma es una enfermedad frecuente que varía mucho de un país a otro. Afecta alrededor del 3 al 7 por ciento de la población adulta, siendo más frecuente en edades infantiles.

Es más frecuente en el sexo masculino en una relación de 2:1, pero al llegar a la pubertad, esta relación tiende a igualarse y se mantiene de esta manera en la vida adulta.

En los últimos veinte años se ha registrado un aumento en su incidencia debido en parte a la contaminación ambiental y las consecuencias de esta, y en parte al aumento de la población mundial. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud reportó que un 8% de la población suiza padecía de asma, comparado con solo 2% hace 25-30 años atrás.

El asma se define en la actualidad como un trastorno inflamatorio crónico, en el cual se involucran muchos elementos celulares y que causa una hiperreactividad bronquial resultando en una obstrucción de las vías aéreas en forma generalizada de grado variable, que es reversible total o parcialmente, tanto en forma espontánea como por acción farmacológica, y que produce cuadros recurrentes de sibilancias (silbidos en el tórax por broncoespasmo), disnea (falta de aire), sensación de pecho apretado y tos, particularmente de noche o en las primeras horas de la mañana.



INTRODUCCIÓN

¿QUÉ ES EL ASMA?



A pesar de todos los avances logrados en las últimas décadas, la causa del asma permanece desconocida y todavía la comunidad médica no tiene una explicación total para el origen de esta enfermedad.

La pobre comprensión de las causas, de la historia natural (evolución) y del comportamiento de las vías aéreas, ha ocasionado el uso de la palabra "asma" de muy diversas maneras, tanto para describir síntomas, como exacerbaciones o anomalías fundamentales de las vías aéreas.

Al no saber exactamente qué es el asma, no es totalmente posible determinar si se trata de una única enfermedad de las vías aéreas que varía en gravedad, o de un comportamiento anormal de tales vías, que se estrechan excesivamente como resultado de diversos factores actuando éstos en forma única o en conjunto, para producir la disminución de su calibre y, por lo tanto, los síntomas.

El concepto actualmente más aceptado de "Asma", es que existe un comportamiento anormal de las vías aéreas incluyendo en esto el músculo liso bronquial.

La hipótesis dominante de este comportamiento anormal es la inflamación, ocasionada por múltiples mediadores químicos que engrosan el espesor de las vías aéreas. Tales mediadores causan contracción del músculo liso y llevan a esta pared engrosada a estrecharse y/o cerrarse.



Pero existen a su vez, muchas otras preguntas:

**¿Cuál es el papel de la infección?
¿Cuán importantes son los factores genéticos?
¿Cómo actúan los factores ambientales en relación con la predisposición genética para causar inflamación de las vías aéreas?**



**¿Por qué el Asma difiere en gravedad en los distintos pacientes?
¿Cuál es el rol de una inmunoglobulina principal (IgE) en esto?
¿Cómo debe ser tratada el Asma?
¿Cuál es el resultado o evolución a largo plazo con el tratamiento?**

La comprensión global del asma falta porque no hay datos suficientes sobre cómo se relaciona la inflamación con los factores genéticos, cómo intervienen los factores desencadenantes y sobre cómo se conectan cada uno de estos hechos entre sí. La enfermedad tiene un fuerte componente hereditario, expresado como un antecedente familiar de rinitis alérgica, urticaria y eczema, por ejemplo.

Sin embargo, muchos asmáticos no tienen dichos antecedentes familiares que indiquen una asociación de atopía o de alergia.



**Debe tenerse en cuenta esta frase tan sencilla como verdadera:
"NO TODO SILBIDO EN EL TORAX, ES ASMA".**

PREGUNTAS IMPORTANTES



Lo que hay que saber para conocer esta enfermedad, su tratamiento y control.



¿El asma se cura?

El asma no puede ser curada, pero sí tratada y controlada de manera que quienes la padecen, puedan prevenir los molestos síntomas nocturnos y diurnos, anticiparse a los ataques severos, necesitar poca o ninguna medicación de acción rápida, llevar vidas productivas, físicamente activas y tener una función pulmonar lo más cercana a lo normal.

Si no se cura, ¿Cómo se controla?

Las nuevas modalidades de terapia para el asma ayudan a los pacientes a prevenir la mayoría de los ataques, a mantenerse libre de los molestos síntomas nocturnos y diurnos y a mantenerse físicamente activos.

Para lograr el control del asma se necesita:

- Seleccionar los medicamentos adecuados. En esto, su médico de cabecera juega un rol fundamental en la elección del mejor tratamiento farmacológico.
- Detener los ataques de asma lo antes posible. El conocimiento por parte del enfermo, o del familiar, de cuáles son los síntomas es esencial para la instalación más temprana de la medicación broncodilatadora.
- Conocer y evitar cuáles son los desencadenantes de asma en cada persona.
- Los pacientes y los familiares deben educarse para que manejar su condición lo mejor posible.
- Monitorizar y modificar si hace falta, los cuidados para un control adecuado a largo plazo.

a Aquellos que provocan un alivio rápido:

Broncodilatadores de acción corta:

- Salbutamol
- Fenoterol
- Terbutalina
- Indacaterol

Los anteriores, actúan rápidamente sobre cierto tipo de receptores ubicados en las vías aéreas para detener los ataques, eliminando o aliviando los síntomas.

b Los que actúan a largo plazo preventivamente:

Son especialmente drogas antiinflamatorias que colaboran para evitar los síntomas y ataques lentamente: Cromoglicato disódico, Corticosteroides (beclometasona, fluticasona, budesonide, flunisonide)

Es necesario advertir al médico de anomalías en el color de las secreciones bronquiales eliminadas durante la crisis de broncoespasmo, ya que las mismas si están infectadas, se requiere antibióticos como medidas de apoyo en las crisis de asma.

¿Por qué hay que inhalarlos?

Se prefieren los medicamentos inhalados, debido al alto índice de acción terapéutica y porque además, poseen pocos efectos colaterales sistémicos.

Con ellos se logran altas concentraciones del medicamento liberadas directamente en las vías aéreas.

¿En qué forma se encuentran disponibles?

En dispositivos para aplicar los medicamentos inspirando lo más profundamente posible.

Existen inhaladores dosificados presurizados, inhaladores dosificados activados por la respiración, inhaladores de polvo seco y nebulizadores. Los dispositivos espaciadores (o cámaras de suspensión) hacen a los inhaladores más fáciles de usar en los niños o en ancianos fundamentalmente. Reducen además la absorción sistémica y los efectos colaterales de los esteroides inspirados.

¿Qué expectativas se pueden tener con el tratamiento actual?

El objetivo del tratamiento es el control del asma, como el de cualquier otra enfermedad, entonces tales expectativas se resumen en:

- 1) Que los síntomas crónicos sean mínimos (o ninguno), incluyendo los nocturnos.
- 2) Que los episodios de broncoespasmos, sean lo más infrecuentes posible.
- 3) Que no se llegue a una situación de urgencia o emergencia, que despierten gran angustia por la dificultad respiratoria en el paciente afectado.

4) Que haya mínima necesidad de utilizar más de una droga.

5) Que no existan limitaciones de las actividades, considerando incluso el ejercicio.

6) Que la función pulmonar sea lo más cercana a lo normal.

7) Que los efectos medicamentosos adversos, sean mínimos (o ninguno).

Todo lo anterior incluye tanto a los adultos como a los niños.



¿Siempre se tendrán que usar los inhaladores, en la misma cantidad de veces?

El número de medicamentos inhalatorios y la frecuencia de su uso aumenta en la medida que la necesidad de terapia crece

según el estado y la situación del paciente, y disminuye cuando la patología está bajo control. Debe aclararse que son sólo líneas de conducta, no todas específicamente iguales para cada persona en todo momento. Como cada tratamiento en medicina, éste se adecua a cada paciente y el estadio en que está viviendo su problema.

El objetivo, como siempre, es el mayor control posible de su enfermedad, donde los síntomas crónicos sean mínimos o no existan, incluso los nocturnos, y no se presenten crisis o ellas sean muy espaciadas y leves.

¿Qué tratamiento existe?

Principalmente, son dos los tipos de medicamentos que se utilizan para controlar el asma.

PREPARADOS PARA RESPONDER



ASOCIATE 0800-444-3511
www.urgencias435111.com.ar

URGENCIAS
435-1111

UNA EMPRESA



PREVENCIÓN

LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO

El diagnóstico del asma es esencialmente clínico y se basa en la existencia de episodios recurrentes de bronco obstrucción, que revierten espontáneamente o con medicación broncodilatadora. Tanto el paciente con crisis asmática o los familiares de un niño con crisis de bronco espasmo, refieren al mismo espasmo u obstrucción bronquial, como una crisis de dificultad para respirar creciente, con tos seca, espasmódica, y la aparición de ronquidos y silbidos durante la respiración.

Junto a esto, es común un cuadro de hipersecreción bronquial, esto es la eliminación de una mayor secreción de flema o esputo bronquial, espeso y que requiere de un excesivo esfuerzo muscular para su eliminación al exterior. Este aumento y espesamiento de las secreciones bronquiales contribuyen a una mayor obstrucción de los bronquios.

Pero ocurre a veces que estos cuadros clínicos de obstrucción bronquial son pasajeros o aparecen en distintas situaciones, por lo que el médico puede sospechar de Asma en las siguientes otras ocasiones:

- Cuando existen tos y sibilancias recurrentes; desencadenadas por infecciones de las vías aéreas superiores (principalmente virales), contacto con alérgenos ambientales, ejercicio, sustancias inhaladas irritantes, o factores emocionales.
- Si existe tos seca especialmente nocturna, o asociada al ejercicio y la risa. En el caso de niños observar tos con el llanto o exposición al frío.
- Ante episodios de disnea o dificultad para respirar con broncoespasmo audible, nocturna, recurrente o provocada por el ejercicio.
- Disminución de la tolerancia al ejercicio.
- Con síntomas que se alivian con sustancias broncodilatadoras y / o corticoides.



No obstante.....

La valoración clínica incluyendo los datos al examen físico, deben correlacionarse con estudios de la función respiratoria y así, objetivar la existencia de alteraciones en patrones normales de medición, que conlleven a consolidar la presunción de obstrucción bronquial.

Estos estudios de función pulmonar, deben ser solicitados por el médico tratante, y la valoración de todos los datos clínicos más estas valoraciones funcionales, permiten arribar al diagnóstico correcto de Asma.



¿Qué aspectos importantes deben recordar tanto el paciente como sus familias?

- Tratar de identificar y evitar la exposición a los factores desencadenantes del Asma, por ejemplo: humo de cigarrillo, pólenes, cambios climáticos severos, animales, químicos, emociones fuertes, polvo, olores irritantes, etc.
- El paciente como sus familias, deben conocer y comprender esta patología y deben hacerse partícipes del manejo de la misma. Hay numerosos trabajos médicos que confirman este dato, en cuanto que el mejor conocimiento de la enfermedad brindan beneficios adicionales en el manejo como en la evolución del Asma.
- Tanto el uno como los otros, deben conocer cuál es la función farmacológica de cada medicamento (esto es: para qué sirve este medicamento), y cómo puede modificarse su uso en caso de crisis, cuáles son sus efectos y reacciones adversas.
- El reconocimiento, por parte del paciente y la familia, de los signos que indican un agravamiento inminente de la enfermedad y una amenaza potencial para la vida. Además, en que el paciente y la familia tengan conocimiento claro de lo que debe hacerse en caso de una crisis, tanto con respecto al manejo medicamentoso inicial, como el momento oportuno de buscar ayuda profesional (Servicio de Emergencias) o trasladar el paciente a un Nosocomio para su adecuado tratamiento.
- En combatir los mitos y las creencias populares perjudiciales acerca de la enfermedad y su tratamiento. Busque siempre el consejo de un médico especializado en el manejo de este cuadro.
- En la necesidad de que el paciente logre llevar una vida plena y sin limitaciones, gracias a un manejo preventivo y farmacológico correcto.



- Los ataques de asma son episódicos, pero la inflamación de la vía aérea está presente en forma crónica, por lo tanto requiere un manejo prolongado que en algunos pacientes significa usar medicación preventiva todos los días.

COLUMNA DE OPINIÓN



Prof. Dr. Marcelo
Sánchez Freytes

Profesor de Medicina - UCC
Director Médico de Urgencias 4351111
Gerente de Operaciones

ALERTA Y CONTROL



El asma bronquial siempre **es una enfermedad temida por la comunidad**. La sensación de no poder respirar normalmente, la ansiedad que genera en el paciente afectado, la angustia que se origina en los familiares por ver esta dificultad en el ser querido y poder hacer muy poco o nada

para ayudarlo, son los motivos que esta enfermedad causa sensaciones cercanas a la desesperación y desasosiego tanto en quien la padece como en la familia. Estos sentimientos se incrementan, si el afectado es un niño.

crisis asmática grave, y debemos actuar rápido en consecuencia.

El asma bronquial es lamentablemente una causa de muerte en los pacientes afectados por esta enfermedad, pero sabemos que **casi el 90 por ciento de los fallecimientos por asma son evitables** si se realiza un diagnóstico y tratamiento adecuado, con seguimiento de los casos y la observancia de no abandonar el tratamiento sin prescripción médica. También los médicos sabemos que un gran número de pacientes fallecidos por asma, se debe a falla en la dosificación de la medicación instituida por el médico, ya sea por falta de dosis adecuadas, y en otros casos, por sobreutilización de las mismas, cayendo en serias reacciones adversas, que determinan la muerte del enfermo.

Es una enfermedad de frecuente aparición en la clínica médica, presentando una **incidencia del 3 al 7 por ciento de la población**, siendo la edad infantil el grupo más afectado. En su génesis figura una conjunción de factores externos e internos que influyen en la frecuencia de aparición, en los cuales la genética, la alergia, la polución ambiental y el stress entre otros, juegan un rol importante.

En el transcurso de la crisis asmática, los familiares o acompañantes ocasionales del paciente afectado, deben prestar atención a síntomas o signos que sugieren una crisis de asma grave, y que requieren de una atención más temprana, llamando a un servicio de emergencia médica para su asistencia inmediata. Tales síntomas comprenden: dificultad respiratoria extrema, agotamiento o debilidad en los movimientos respiratorios, disminución del estado de conciencia (tendencia a la somnolencia o incoordinación en el habla), coloración azulada en las uñas o labios (cianosis), taquicardia o bradicardia manifiesta, y la falta de mejoría luego de un par de horas de haber suministrado el tratamiento habitual. **La observación de algunos de estas situaciones nos debe alertar que estamos ante una**

La familia del paciente afectado, debe estar informado de estos datos, más aún si tenemos en cuenta que **la mayoría de los pacientes que fallecen por una crisis asmática, ocurren en el hogar o domicilio del paciente.**

El conocimiento de estas tristes realidades, **deberían actuar como agentes de cambio, esto es el conocimiento debe provocar cambios conductuales tanto en el paciente como en la familia, logrando cumplir el objetivo principal del tratamiento** de esta patología: volver a tener una vida plena, cumpliendo las metas que todos los humanos nos imponemos para darle sentido al vivir. Que así sea.



ARRITMIAS CARDIACAS

CONSEJOS PRÁCTICOS PARA LAS CRISIS

No se debe subestimar la severidad de un ataque de asma, ya que estos pueden poner en peligro la vida del paciente.

Se considera que existe una situación de alto riesgo, que puede ser fatal, cuando:

- Se ha padecido episodio de Asma grave, donde se ha requerido internación en Sala de Terapia Intensiva, con intubación endotraqueal, apoyo o asistencia respiratoria mecánica, drogas múltiples y en altas dosis.

- Hayan existido 2 ó más internaciones por Asma severa aguda.

- Se utilizan varios broncodilatadores y con dosis excesivas.

- Cuando el paciente no ha sido educado correctamente en la patología o es reticente a serlo, básicamente por no aceptar su condición de asmático.

- No se cumple con el tratamiento adecuadamente.

- Existen déficit en las habilidades intelectuales o trastornos psiquiátricos.

- El paciente tiene una situación económica de indigencia (déficit económico y condiciones ambientales adversas)

Si se presentó lo anterior, luego de la atención con la mejoría respectiva, ¿cómo se debe continuar?

Debe haber monitoreo por parte del Especialista de cabecera, quien modificará el tratamiento si es necesario, para un adecuado control en el largo plazo. El monitoreo incluye la revisión de los síntomas y la medición de la función pulmonar tanto como sea posible, con pruebas funcionales respiratorias.



¿Cuándo es severo un episodio y hay que solicitar ayuda médica?



La severidad de una crisis existe cuando:

- 1) Hay falta de aire (disnea) hasta en reposo, es decir, no hace falta realizar ejercicio o esfuerzos comunes para que la dificultad para respirar esté presente.
- 2) Existe tanta falta de aire, que ya hay dificultad para hablar. Cuando hay imposibilidad de contar regresivamente, esto es que el paciente no pueda contar en forma continua, sin detenerse, desde el número 10 al número 1. Los niños además en esta situación, dejan de alimentarse por falta de aire y esto debe valorarse adecuadamente por parte de los padres.
- 3) Frecuencia cardíaca baja (bradicardia) y más importante es, si no existen antecedentes de la misma. Tener presente que lo habitual en una crisis asmática, es que la frecuencia cardíaca suele ser elevada, tanto por el esfuerzo en respirar, como por la acción de los medicamentos utilizados en las crisis de broncoespasmo.
- 4) Aparición de cianosis, esto es la aparición de uñas o labios azulados.
- 5) Si existe una alteración en el estado de conciencia, que comienza a presentarse. (confusión, sopor, debilidad extrema etc). Esta valoración del estado de conciencia es de vital importancia médica por parte del familiar del paciente
- 6) Cuando las sibilancias (silbidos en tórax) son muy notorias o al revés, cuando ya están casi ausentes.
- 7) Si la frecuencia respiratoria es mayor de 30 respiraciones por minuto.
- 8) Cuando la frecuencia cardíaca es mayor a 120 latidos por minuto (mayor de 160 en los niños)
- 9) Si la respuesta al tratamiento broncodilatador inicial no es bastante rápida, ni sostenida durante al menos tres o cuatro horas.
- 10) Si no hay mejoría dentro de las 2 a 6 horas después del inicio del tratamiento corticoesteroide sistémico (por vía endovenosa).

